Rok XXXIII. Kraków 19. Maja 1894 r. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9, Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{8}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki ginekologiczno-położniczej krakowskiej pod kierunkiem prof. Dra Jordana.

Plastyka pochwy z warg sromnych mniejszych.

Podał

Dr. Rościszewski.

Bardzo mała liczba opisów w literaturze operacyj plastycznych w pochwie dowodzi, że operacya ta nie ma tak szerokiego zastósowania, jakieby jej się należało, wszelkie bowiem powolne rozszerzanie pochwy w zwężeniach skutkiem blizn może prowadzić do celu tylko w przypadkach lżejszych; w cięższych będzie zwykle zawodzić, gdyż wiemy, że blizna rozciągnięta prędzej czy później znowu się kurczy. Pewne i trwałe wyleczenie możemy uzyskać tylko przez wycięcie blizny i zastąpienie jej przez nową, zdrową tkankę.

O tem mogliśmy się przekonać także na przypadku, który w tej pracy zamierzamy opisać.

Dnia 20. Stycznia b. r. zgłosiła się do kliniki chora skarżąca się, że podczas porodu odbytego przed trzema miesiącami pochwa uległa przedarciu a następnie po wygojeniu się tak się zwęziła wskutek blizn, że stósunki płciowe stały się niemożliwemi, i żądała z tej przyczyny pomocy. Badanie wykazało: Osoba l. 21, wzrostu niskiego, delikatnie zbudowana, dość dobrze odżywiona.

Wargi sromne większe prawidłowe; mniejsze też prawidłowe, nieco większe, niż zazwyczaj. Pochwa na centymetr od wejścia częściowo zamknięta półkolistą blizną; przez otwór w tej bliźnie można wprowadzić zaledwie koniec małego palca. Blizna twarda, niepodatna zajmuje głównie część tylną pochwy i boczne; część przednia, pod cewką moczową położona, pokryta prawidłową błoną śluzową. Ten pasek prawidłowy leży w samym środku, tuż pod cewką i jest na 2 cm. szeroki. Powoli rozszerzając można małym palcem, nasmarowanym dobrze tłuszczem, przejść po za tę bliznę i przekonać się, że ta półkolista blizna ma długości 2 cm., po za nią zaś pochwa nieco rozszerza się, lecz jest także dość znacznie zwężona przez blizny w różnych kierunkach przebiegające. Dopiero przed samą częścią pochwową macicy jest pochwa obszerna, prawidłową błoną śluzową pokryta. Zaproponowano chorej powolne rozszerzanie pochwy. Chora poddała się temu leczeniu, lecz już po kilkunastu dniach przekonaliśmy się, że ten sposób do niczego nie doprowadzi; blizna bowiem była zbyt twarda, żeby dała się rozciągnąć. Wskutek tego zaczęliśmy myśleć o zabiegu operacyjnym; ponieważ zaś po za ową blizną półkolistą pochwa była wprawdzie bliznami pościągana, lecz znacznie szersza, niż u wejścia, główną zaś przeszkodę stanowiła ta półkolista blizna, przeto sądziliśmy, że wystarczy wyciąć wystający ponad powierzchnię reszty pochwy jej brzeg, żeby uzyskać dostateczną szerokość pochwy.

Za łaskawem pozwoleniem prof. Dra Jordana wykonałem tę operacyę d. 5. Lutego b. r. w następujący sposób: Wyciąłem nożem bliznowate półkole, trzymając się co do głębokości tylnej części pochwy a następnie podminowawszy błonę śluzową przed i po za ubytkiem, ściągnąłem ją razem i zeszyłem. Blizny poprzeczne w tylnej części pochwy poprzecinałem nożyczkami a pochwę wytamponowałem gazą jodoformową. Zeszyta błona śluzowa zgoiła się doraźnie i na razie był wynik dobry; do pochwy można było swobodnie wprowadzić palec wskazujący.

Chora opuściła dnia 15. Lutego 1894. klinikę jako wyleczona. Jednakże już po 2 tygodniach zgłosiła się powtórnie a po zbadaniu przekonaliśmy się, że rezultatu po tej operacyi nie było żadnego; blizna bowiem głębiej leżąca, niewycięta, ściągnęła się bardzo szybko i znacznie tak, że stan był taki, jak przed operacyą. Wskutek tego postanowiłem całą bliznę wokoło wyciąć aż do zdrowych tkanek, pozostawić tylko pod cewką moczową błonę śluzową, jako prawid-

łową, ubytek zaś przez to powstały pokryć za pomocą operacyi plastycznej.

W piśmiennictwie znalazłem trzy przypadki takich operacyi: Credégo[1]), Küstnera[2]) i Święcickiego[3]).

Z nich Credé użył do pokrycia ubytku skóry z wargi sromnej większej, Küstner błony śluzowej ze świeżo wyciętego jelita ludzkiego, Święcicki zaś błony śluzowej z jelita królika. Żaden z tych sposobów nie zadawalniał mię. Skóra z wargi większej jest materyałem bardzo dobrym, jednakże jest pokryta włosami, które później w pochwie dalej rosną. Wprawdzie Credé pisze, że jego pacyentce one nic nie przeszkadzały, ale była to osoba 50 letnia. Dla kobiety młodej trudno, żeby tak obojętne były włosy w pochwie.

Co się tyczy przeszczepiania błony śluzowej z jelita, to trudno mi było na ten sposób zdecydować się z przyczyny, iż przyjęcie się tych płatów wydawało mi się niepewnem, w czem mnie jeszcze i to utwierdziło, że Święcickiemu nie przyjęły się pierwszy raz przeszczepione płatki, dopiero za drugim razem. Oglądałem się więc za materyałem, z którego bym mógł dostać płat pewny a jak najbardziej swą budową do błony śluzowej pochwy zbliżony. Takim są wargi sromne mniejsze.

Operacyą wykonałem dnia 5. Kwietnia 1894. Po zachloroformowaniu chorej i dokładnem oczyszczeniu pochwy zrobiłem cięcie po stronie prawej na granicy blizny i zdrowej części pochwy wzdłuż całej długości blizny, więc długie na 5 cm. Cięcie to biegło równolegle do cewki moczowej w oddaleniu od niej na centymetr na prawo. Takie samo cięcie zrobiłem po stronie lewej, także równolegle do przebiegu cewki moczowej w odległości również centymetra od niej; następnie wyciąłem między temi częściami całą bliznę aż do zdrowych tkanek. Od tyłu sięgała blizna tak głęboko, że granicą jej była niezbyt gruba ściana odbytnicy. Powstał ubytek kształtu prostokątnego, długi (licząc wzdłuż osi pochwy) na 5 cm., szeroki (od prawego do lewego brzegu) na 6 cm. Dno jego stanowiły zdrowe tkanki, brzegi prawidłowa błona śluzowa. Teraz naciągnąłem prawą wargę sromną mniejszą i trzymając się ściśle podstawy odciąłem ją idąc od góry ku dołowi od podstawy, pozostawiwszy na dole mostek odżywiający.

Ponieważ wargi mniejsze są, jak wiadomo, zdwojoną skórą, przeto rozdzieliłem na tępo obie blaszki, wskutek czego dostałem płat podwójnej szerokości, formy wachlarza. Płat ten zwróciłem powierzchnią krwawiącą ku ranie pochwy, okręciwszy go o 90 stopni. Brzeg zewnętrzny płatu przypadł na prawy brzeg rany pochwowej a więc najbliżej mostka odżywiającego; górny brzeg płatu przyległ do górnego, poprzecznego brzegu rany pochwy; wewnętrzny brzeg płatu do lewego brzegu rany w pochwie a więc w największej odległości od mostka odżywiającego. Sam mostek leżał u samego wejścia do pochwy. Dawny brzeg wargi leżał w samym środku płatu w osi podłużnej pochwy.

Po stronie prawej i w górze dało się płat przyciągnąć bez żadnych trudności, po lewej zaś dopiero po znacznem naciągnięciu płatu. Płat zeszyłem z brzegami rany szwami jedwabnemi.

Po założeniu szwów wypłukałem pochwę wyjałowionym rozczynem soli kuchennej i wytamponowałem lekko gazą borową, żeby płat drażnić jak najmniej. Opatrunek zmieniłem po 2 dniach; bałem się bowiem, żeby w razie dłuższego pozostawienia nie szkodziła płatowi zbierająca się w gazie wydzielina pochwy. Płat wyglądał dobrze; tylko wzdłuż lewego brzegu, gdzie było największe napięcie i największa odległość od mostka odżywiającego był siny w obszarze na centymetr szerokim. Po przepłukaniu znowu wyjałowionym rozczynem soli kuchennej wytamponowałem pochwę lekko gazą borową. Po następnych dwóch dniach przekonałem się, że cały płat przygoił się doraźnie prócz wyżej wspomnianego paska po stronie lewej, szerokiego na 1 cm., biegnącego wzdłuż całego lewego brzegu rany. Gazy więcej nie zakładałem; tylko pochwę codziennie przestrzykiwałem 3% rozczynem kwasu borowego. Po 6 dniach wyjąłem szwy. Kawałek obumarły odpadł, zresztą cały płat był dobrze, doraźnie przygojony.

Wzdłuż lewego brzegu rany, gdzie obumarł kawałek szeroki na centymetr, pokryła się rana ziarniną i poczęła zmniejszać się szybko; obawiając się, żeby się przytem pochwa znowu, choć nieznacznie nie zwęziła, zeskrobałem 25. Kwietnia 1894. ziarninę i pokryłem ten ubytek w wyżej opisany sposób z tą tylko różnicą, że wziąłem do tego lewą wargę sromną mniejszą.

Leczenie następowe to samo; płat przygoił się doraźnie, wyjęcie szwów po 5 dniach, gdyż żadnego napięcia nie było.

Obecnie chora ma pochwę tak szeroką, że 2 palce do niej bez wielkiej trudności wprowadzić można. Pochwa pokryta jest błoną śluzową znacznie pofałdowaną, tak że nie ma obawy, żeby mogła zwęzić się w jakikolwiek sposób.

Jako zaletę tej operacyi podałbym to, że pokrywamy ubytek materyałem najbardziej zbliżonym do błony śluzowej pochwy, że przyjęcie się płatów jest pewne, tudzież, że zapomocą obu warg sromnych mniejszych możemy pokryć bardzo znaczną część pochwy.

Wadą jej jest, że się poświęca wargi sromne, więc narząd w każdym razie potrzebny. Czy niedogodności ztąd powstałe będą tak wielkie, żeby mogły zniechęcić do wykonywania tej operacyi, dopiero doświadczenie musi rozstrzygnąć.

W końcu spełniam miły obowiązek składając Szan. Profesorowi Jordanowi podziękowanie za łaskawe pozwolenie wykonania tej operacyi w klinice ginekologiczno-położniczej.

[1]) Credé: Heilung der stenosis vaginae durch Einnähen eines Hautlappens. Archiv f. Gynaekologie t. 22. 1883.

[2]) Küstner: Beitrag zur Therapie der Narbenstenosen der Vagina. Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie t. 18. z. 2. 1890.

[3]) Święcicki: Przyczynki do ginekologii i położnictwa. Część 1. i 2. 1893.

II. Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego; zastósowanie płytek z brukwi w ileokolostomii sposobem Senna. Wyleczenie.

Podał
Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Z dwiema rycinami).

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Przypadek mój służy za dowód, że wykluczenie zupełne jelita ślepego wobec pewnych

w nim spraw chorobowych (niedrożność z przewlekłej inwaginacyi i zapalnego obrzęku) jest zabiegiem możliwym i usprawiedliwionym. Że wykluczenie zupełne przyczyniło się w moim przypadku do zmniejszenia a następnie ustąpienia obrzęku zapalnego przez wstrzymanie drażnienia kałem chorobowo zmienionej ściany jelita, jestem o tem najmocniej przekonany i wątpię, żeby przez wykonanie samej ileokolostomii dałoby się było uzyskać ten sam skutek.

Przypadek powyższy jest nowym dowodem trudności rozpoznawczych wobec obrzęków jelita ślepego, które nieraz już rozpoznawano przed operacyą lub podczas operacyi za złośliwe, a dopiero autopsya lub dalszy przebieg kliniczny wykazywały, że rozchodziło się w tych przypadkach o obrzęki zapalne [1]. I w moim przypadku wykazał przebieg kliniczny, że obrzęk, który podczas operacyi musiałem uważać za złośliwy, był tylko zapalnym, wywołanym przez wgłobienie przewlekłe, gdyż po upływie miesiąca po operacyi przekonano się tylko o zwiększeniu się resystencyi w jego miejscu a w 2 miesiące po operacyi nie można było wykazać śladu obrzęku.

Uderzającem jest wystąpienie bardzo znacznego wzdęcia brzucha, w naszym przypadku od 2-go dnia po operacyi, utrzymującego się przez 3 dni; objaw ten również jak i uporczywe wymioty po operacyi i czkawkę musimy uważać za objawy miejscowego, plastycznego zapalenia otrzewny w znaczniejszym obszarze.

Ileokolostomię wykonałem tu sposobem Senna. Sposób ten wydaje mi się łatwiejszym, prostszym i prędszym, niż zwykłe sposoby enterorafii okrężnej, osobliwie w razie różnicy świateł resekowanych końców jelita; również te same przedstawia korzyści przed zwykle używanym sposobem implantacyi jelita biodrowego w okrężnicę wstępującą [2]. Niebezpieczeństwo wstrząsu (*shok*) jest zatem przy postępowaniu Senna mniejsze jak również i niebezpieczeństwo zakażenia jamy brzusznej z powodu mniejszej liczby szwów i szybszej manipulacyi.

Nie chcę tutaj bynajmniej odmawiać wartości genialnemu sposobowi szycia kiszek Czernego-Lemberta; sposób ten zabezpiecza nas w obecnym stanie nauki o aseptyce również przed infekcyą jamy brzusznej, ale w rękach najwprawniejszego chirurga musi wymagać więcej czasu dla dokładności, z jaką trzeba go wykonać i z powodu znacznej liczby szwów; naraża zatem — osobliwie chorych mocno osłabionych — daleko łatwiej na zapad (*shok*). Co do techniki sposobu Senna, powołać się muszę na prace Senna i na dawniejsze swoje prace, tyczące się tego samego przedmiotu [1]. Również przy ślepem zaszywaniu obu końców wykluczonej pętli posługiwałem się z wielką korzyścią wskazówkami podanemi przez Senna (inwaginacya i szew kuśnierski jednopiętrowy).

Zamiast płytek z kości odwapnionej użyłem w przypadku tym z korzyścią poleconych dawniej przez siebie płytek z surowej brukwi, których użyteczność wypróbowałem był doświadczalnie [1]) i na osobie żyjącej w przypadku gastroenterostomii wobec raka odźwiernika [2]. Modyfikacya moja znalazła prócz tego jeszcze 3 razy kliniczne zastósowanie, i to z dobrym skutkiem przy gastroenterostomii. Ryszard Heigl [3] w Koblencyi użył płytek brukwianych przy wykonaniu gastroenterostomii wobec bardzo rozległego nacieku rakowego w odźwierniku, przechodzącego na znaczną część ściany żołądka. Chory wyzdrowiał a skoro stan ogólny poprawił się i chorego przybyło na wadze, wykonał Heigel resekcyę odźwiernika wraz z połową żołądka. Chory wyzdrowiał.

Również R. Butz [4] w Petersburgu wykonał w dwóch przypadkach raka odźwiernika gastroenterostomię sposobem Senna z tą modyfikacyą, że użył płytek brukwianych. B. przytacza jako zaletę szybkość sporządzania tych płytek. Jeden chory, mężczyzna 35-letni, operowany 12. Listopada żył do 30. Grudnia, w którym uległ rozrostowi nowotworu. Drugi chory umarł w zapadzie w 72 godzin po operacyi. Przy sekcyi znaleziono obie płytki *in situ*, mało zmienione; płytka w żołądku była zielonawo-zabarwiona, płytka w jelicie brudno-żółta; płytki były nieco rozmiękłe, ale zawsze jeszcze elastyczne i dostatecznie twarde.

Jak z powyższego okazuje się, zastósowano dotychczas na stałym lądzie europejskim szew płytkowy Senna 5 razy i to zawsze zapomocą płytek, przezemnie poleconych (brukwianych) i zawsze z dobrym skutkiem; 4 razy wykonano tym sposobem gastroenterostomię [5] a raz ileokolostomię (mój przypadek).

Jako nową korzyść płytek brukwianych przy ileokolostomii przytoczyć muszę i tę, że płytki kostne, jeżeli nie są dostatecznie odwapnione, mogą w jelicie sprawić odleżynę i przedziurawienie, co nie może zdarzyć się przy płytkach brukwianych, gdyż te są zawsze w każdem miejscu jednakowej zbistości.

Płytki brukwiane zasługują zatem na dalsze polecenie nie tylko do wykonania

---

[1]) Hochenegg rozpoznał w swoim przypadku podczas operacyi nowotwór złośliwy, jednak dalszy przebieg kliniczny pouczył go, że rozpoznanie pierwotne było mylnem, że musiał to być obrzęk zapalny, gdyż zmniejszył się po operacyi do połowy i stał się ruchomym. Podobnież w przypadku przytoczonym Franka rozpoznawano przy pierwszej laparotomii nowotwór złośliwy jelita ślepego (Dr. Hochenegg), przy drugiej operacyi rozpoznano tylko sprawę zapalną a względnie gruźliczą. Także Brenner przedstawił w linieckiej sekcyi Towarzystwa lek. Górnej Austryi 8. Czerwca 1893 (*Wien. klin. Wochschrft. 1893. Nr. 32, str. 595*) 32-letniego chorego, u którego przed operacyą rozpoznał *carcinoma flexurae coli dextrae*. Przy operacyi pokazało się, że obrzęk stanowiła zgrubiała okrężnica wstępująca i jelito ślepe wraz z wyrostkiem robaczkowym; największy udział w zgrubieniu ścian jelita brała błona mięsna, zgrubiała do rozmiarów palca, która nadawała obrzękowi wejrzenie nowotworu; jelito było zwężone do grubości małego palca.

Przypominam sobie również przypadek z kliniki Billrotha, w którym przed resekcyą jelita ślepego przypuszczano nowotwór złościwy, po resekcyi zaś i autoskopii rozpoznano obrzęk zapalny na tle gruźliczem.

[2]) porównaj następujące prace:

N. Senn. Two cases of resection of the Coecum for Carcinoma with remarks on intestinal anastomosis in the ileocoecal region. The Journal of the American surgical Association 1890. June 14.

Roman Barącz. O wartości anteroanastomozy zapomocą szwów płytkowych Senna w chirurgii żołądka i jelit. Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszaw. Rok 1893. Tom LXXXIX i Archiv Langenbecka. Tom 44. Zeszyt 3.

[1]) l. c.

[2]) Porównaj: Roman Barącz, Przyczynek do chirurgii żołądka. Gastroenterostomia wykonana szwem płytkowym Senna zapomocą płytek z brukwi własnego pomysłu. Wyleczenie. *Przegląd lekarski* 1892. Nr. 24 i Centralblatt für Chirurgie 1892, Nr. 27.

[3]) 2 doniesienia listowne.

[4]) R. Butz. Zur Gastroenterostomie vermittels Kohlrübenplatten. (Aus der chirurgischen Abtheilung des St. Maria-Magdalenenhospitals zu St. Petersburg) *St. Petersburger med. Wochenschrift* 1893, Nr. 20 i referat w *Centralblatt f. Chirurgie* 1894. Nr. 4, str. 92.

[5]) Co do dalszego losu chorego, u którego blisko przed 2 laty wykonałem gastroenterostomię wobec rozległego raka odźwiernika, przechodzącego na znaczną część ściany żołądka, dowiedzieć się mogłem tyle, że w ½ roku po operacyi miał się zupełnie dobrze; później wiadomość o nim zaginęła.

gastroenterostomii sposobem Senna, ale także i do enteroanastomozy.

Na podstawie doświadczenia w wyżej opisanym przypadku niech mi wolno będzie wypowiedzieć następujące wnioski.

1) Całkowicie wykluczone jelito ślepe u człowieka albo nie wydziela wcale albo też wydziela tylko bardzo mało kału.

2) Wykluczenie całkowite jelita ślepego nie jest zabiegiem niebezpiecznym, jak dotychczas przypuszczano, a obawy pęknięcia jelita skutkiem rozkładu gromadzącego się kału nie są uzasadnione.

3) Wykluczenie całkowite jelita ślepego jest zabiegiem usprawiedliwionym wobec niedrożności powstałej skutkiem przewlekłego wgłobienia lub nowotworu złośliwego, jeżeli resekcya jelit dla mocnych zrostów wykonać się nie daje. Zabieg ten jest racyonalniejszym, aniżeli wykonanie samej enteroanastomozy (ileokolostomii), gdyż drażnienie chorobowo zmienionej pętli kałem jest tu usunięte. Przed wykluczeniem niezupełnem zaś ma wykluczenie zupełne tę wyższość, że nie naraża chorego na nieprzyjemności przetoki kałowej a ewentualnie na powtórny zabieg.

4) Do przywrócenia połączenia resekowanych końców jelita po całkowitem wykluczeniu nadaje się najlepiej metoda Senna dla szybkości, z którą daje się wykonać, i pewnego zabezpieczenia przed przedziurawieniem. Zamiast płytek z kości odwapnionej należy użyć płytek z brukwi nietylko dlatego, ze płytek tych łatwiej można nabyć i że je łatwiej można sporządzić, ale także i z tej przyczyny, że płytki kostne, jeżeli nie są dostatecznie odwapnione, mogą sprawić odleżynę i przedziurawienie jelita.

III. Z oddziału chorób wenerycznych i skórnych Doc. Dra Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniami oleju szarego.

Napisał

Dr. Tadeusz Mayzel,

sekundaryusz oddziału.

Odczyt w dniu 4. Października 1893 roku w Towarzystwie lek. krak.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

W roku 1892. pojawiła się piękna praca Lindena [1]), tycząca się sprawy wchłaniania i wydalania rtęci, do ustroju wprowadzonej. W ocenieniu ilości rtęci wydzielonej posługiwał się Linden metodą Allmena, zmodyfikowaną przez Schillberga, polegającą na badaniu mikroskopowem kuleczek rtęci z moczu, wydzielonej przedtem zapomocą elektrolizy na płycie metalowej, a następnie przez ogrzanie osadzającej się w postaci kuleczek na ścianach rurki szklanej, odpowiednio zatopionej. (Metoda zawiła, objaśniona szczegółowo w pracy Lindena). Z przetworów rtęciowych, nierozpuszczalnych powołuje się Linden na 237 rozbiorów moczu przy wstrzykiwaniach *hydrarg. salicylicum* i 8 rozbiorów przy wstrzykiwaniach kalomelu. Wnioski jego są następujące:

1) Wydzielanie rtęci z ustroju jest jednostajne dopóty, dopóki rtęć w ustroju krąży.

2) Ilość wydzielanej rtęci zależy od ilości rtęci doprowadzanej i od czasu, który upłynął od zaprzestania doprowadzania rtęci.

3) Po jednej injekcyi *hydrarg. salicylicum* pojawia się rtęć w moczu szybko, nieraz już po kilku godzinach, przez następne dwa dni jest jej bardzo dużo, poczem rychło ilość rtęci się zmniejsza a zwykle z początkiem drugiego tygodnia od daty wstrzyknięcia zupełnie znika.

4) W przypadkach, gdzie w stosunkowo krótkim czasie wprowadzono do ustroju znaczną ilość *hydrarg. salicylicum*, lub przy leczeniu wstrzykiwaniami w regularnych odstępach czasu ilość wydzielanej rtęci jest znaczniejszą, utrzymuje się przez pierwszy tydzień w jednostajnej mierze (w ogóle jest znaczna), poczem powoli zmniejsza się z tygodnia na tydzień.

W 70% przypadków znajduje się jeszcze rtęć w moczu w 4-tym tygodniu a w 24% w drugim miesiącu po zaprzestaniu wstrzykiwań. Dodać wypada, że *hydrarg. salicyl.* nie wywołuje ani ropni, ani nacieków, mogących utrudniać wessanie a tem samem wydzielanie rtęci.

Gdybyśmy analogicznie doświadczenia te odnieść mogli w tem samem znaczeniu do oleju szarego, musielibyśmy przyjąć za okoliczność udowodnioną, że wessanie i wydzielanie rtęci po wstrzykiwaniach oleju szarego jest również szybkiem i niezawodnem, czego także dowodzą rozbiory moczu w naszych dwóch przypadkach po jednorazowem wstrzyknięciu oleju szarego, w których badanie wykryło ślady rtęci.

Niestety w tej mierze brak jest dotąd doświadczeń a byłyby one bardzo pożądane, aby ostatecznie wyświetlić przyczynę opisanych powyżej przypadków zatrucia rtęciowego, które dziś tłómaczyć sobie tylko możemy wielkością dawki rtęci, do ustroju wprowadzonej. W każdym jednak razie musimy przyjść do przekonania, że bądź jak bądź wessanie rtęci w postaci oleju szarego jest powolniejsze i bardziej niejednostajne, aniżeli w innych przetworach rtęciowych; wynika to już z konsystencyi przetworu, zbliżonej najwięcej do rtęci metalicznej. Wessanie to utrudnia naturalnie w znacznym stopniu tworzenie się nacieków w tkance komórkowej. Że tak jest, dowodzi rozbiór chemiczny, dokonany w przypadkach śmierci skutkiem zatrucia rtęciowego w klinice prof. Kaposiego, przez prof. Ludwiga, gdzie w kawałku skóry naciekłej po injekcyi oleju szarego, wyciętym już po śmierci, wykazano jeszcze 0·0415 rtęci = 69·5% ilości rtęci, podskórnie wstrzykniętej.

I w naszym przypadku treść ropnia badana, wykazała wybitną ilość rtęci, ilościowego jednak rozbioru nie wykonano.

Nawiązując do tej ostatniej okoliczności, nasuwa się pytanie, czy przypadkiem tworzenie się nacieków podskórnych w razie dalszych mimo to wstrzykiwań oleju szarego nie daje powodu do następnego zatrucia rtęciowego. Możliwem by to było tylko w tym razie, gdyby przy energicznem leczeniu rtęcią bez względu na tworzenie się nacieków, resorpcya jej nastąpiła dopiero po dłuższym czasie wstrzykiwań, jed-

[1]) Linden: „Ueber die Absorption und Elimination des Quecksilbers etc. Ergänzungshefte zum Archiv für Dermatologie u. Syphilis. Z. II. Str. 171.

nocześnie z wszystkich miejsc naciekłych, w których wessanie rtęci do pewnego czasu skutkiem reakcyi zapalnej było powstrzymane. Wtedy bowiem znajdziemy się w podobnych okolicznościach, jak gdybyśmy do ustroju wprowadzili całą niemal ilość rtęci dotychczas zużytej naraz, co naturalnie musiałoby wywołać reakcyę. Jestto jednak tylko przypuszczenie, na które dotąd żadnych dowodów nie mamy, gdyż:

1) Nie wiadomo, czy w powyższych przypadkach Hallopeau i Kaposiego były nacieki po wszystkich injekcyach, (wzmianka jest tylko o tym jednym).

2) Nie wiemy również, jak się w tych przypadkach zachowywała ilość rtęci, wydzielonej z moczem. W naszych przypadkach, gdzieśmy mimo nacieków (wprawdzie nieznacznych) w pewnych razach nie przerywali wstrzykiwań, nie mamy do zanotowania ani jednej okoliczności, świadczącej o szkodliwem zadziałaniu rtęci na ustrój, ale równocześnie przytoczyć należy, iż tam, gdzie po wstrzykiwaniach oleju szarego powstawały znaczniejsze nacieki, tam też o wiele częściej występowały przypady ostrego zatrucia rtęciowego, które utrzymywało się uporczywie.

Mimo to sądzę jednak, że bynajmniej nie zbłądzimy, jeśli zdanie przeciwników oleju szarego weźmiemy pod rozwagę, a jakkolwiek zgodnie z Langiem wytknąć tu musimy bezwzględnie zawielkie dawki rtęci podczas stósowania oleju szarego, to jednak ostatnia ta okoliczność zniewalać nas winna do zwracania przy leczeniu olejem szarym pilnej uwagi na zachowanie się ustroju podczas leczenia. Dlatego sądzę, że w sprawie tak ważnej powinniśmy zająć stanowisko pośrednie a mianowicie nie odmawiając olejowi szaremu wielkiej wartości, należy w każdym przypadku uwzględnić ściśle wskazania do zastósowania oleju szarego, ewentualnie do przerwania w danym razie leczenia. A wskazania te, względnie przeciwwskazania byłyby następujące:

I. Ustrój dotknięty kiłą powinien znajdować się w zadowalniającym, o ile można, stanie zdrowia ogólnego a szczególniejszą uwagę zwracać należy na dobry stan błon śluzowych ust, narządu trawienia, narządu moczowego i skóry.

II. Podczas leczenia baczną uwagę zwracać zawsze należy na tworzenie się nacieków, a w przypadkach nacieków znaczniejszych wskazanem jest przerwanie wstrzykiwań dopóty, dopóki nacieki przynajmniej w znacznej części nie ulegną wessaniu!

III. Po ukończeniu leczenia ogólnego zalecić choremu przynajmniej przez miesiąc pielęgnowanie jamy ustnej, zachowanie odpowiedniej dyety i pilne baczenie na to, aby wszystkie organa, któremi rtęć wydziela się z ustroju, prawidłowo swą czynność odbywały, a o ile to możliwe, obserwować pilnie, czy w tym czasie rtęć nie wpływa szkodliwie na organizm.

W ostatnich czasach pojawiła się cenna praca dra Ullmanna pod tytułem: *Ueber die Localisation des Quecksilbermetalles im thierischen Organismus nach verschiedenartiger Applikation von Quecksilberpraeparaten. Aus dem Laboratorium für medizinische Chemie des Hofrathes Prof. Dr. Ludwig in Wien.* Zob. *Ergänzungshefte zum Archiv für Dermatologie und Syphilis*, rok 1893, zeszyt II. Praca ta wyjaśnia nam mojem zdaniem wiele szczegółów w sprawie wydzielania i wessania rtęci w ustroju ludzkim, dotąd jeszcze nie rozstrzygniętych.

Ullmann wprowadzał do ustroju zwierzęcego różne przetwory rtęciowe w dawkach naprzód oznaczonych, bądź to *per os*, bądź w formie wstrzykiwań podskórnych, a to w celu wywołania albo otrucia ostrego albo zatrucia przewlekłego, lub wreszcie w celu wprowadzenia tej ilości rtęci, jaką zwierzę może jeszcze znieść bez objawów zatrucia, następnie zaś, gdy zwierzę albo zginęło samo lub też gdy je zabito w pewnym oznaczonym czasie, oznaczał ilościowo ilość rtęci w ustroju zwierzęcym pozostałej i tym sposobem starał się wykazać, ile rtęci ustrój zwierzęcy w danym razie wydziela przez sekrecyą i ekskrecyę a ile jej składa w rozmaitych narządach.

Nie rozwodząc się bliżej nad wynikami doświadczeń powyższych, gdyż to nie należy do zamierzonego tematu, wspomnieć jednak muszę o dwóch doświadczeniach Ullmanna z olejem szarym na psach, które nas tu w szczególności obchodzą a mianowicie:

I. W planie było otrucie przewlekłe injekcyami oleju szarego 50%; dawki dwie po 0·10 co tydzień, następnie zaś trzy dawki co tydzień po 0·05 (razem 0·35 *ol. ciner. fort.* podskórnie). Waga psa zdrowego, dobrze odżywianego 12·900 kilogramów. Pies tymczasem ginie już siódmego dnia po pierwszej injekcyi w ilości 0·10·

Sekcya wykazuje: *Gastroenteritis acuta, praecipue coli, lithiasis, cystitis, hypertrophia vesicae mediocris, pyelitis diffusa, praecipue dextra, degeneratio parenchymatosa renum.* Doświadczenie powyższe jest bardzo ważnem i pouczającem, wykazuje bowiem, że:

1) Upośledzenie funkcyi nerek wpływa na łatwość zatrucia rtęcią, o ile powstrzymuje się wydzielenie jej moczem a:

2) Że wtenczas poniekąd zastępstwo funkcyi wydzielania obejmuje przewód pokarmowy, czego dowodem w tym przypadku rozległe zmiany w jelitach, jakich we wszystkich innych przypadkach otrucia sekcya nie wykazała.

Doświadczenie drugie obchodzi nas tu o tyle, o ile z niego wnosić można w przybliżeniu o ilości największej dawki oleju szarego, jaką w pewnym oznaczonym czasie można wprowadzić bezkarnie do ustroju ludzkiego.

II. W planie: otrucie przewlekłe olejem szarym; dawki zamierzone: 4 injekcye po 0·05 *oleum ciner.* 50% w tygodniowych odstępach czasu. Pies ważący 8.600 gramów ginie w 47 dni od rozpoczęcia wstrzykiwań a w 26 dni po ostatniej injekcyi. Otóż biorąc dawki oleju szarego odpowiednie do ciężaru człowieka, ważącego 86 kilogramów, okazywałoby się, że 2 gramy oleju szarego 50% w ciągu czterech tygodni wprowadzone, stanowiłyby dla ustroju ludzkiego dozę śmiertelną. Wielkością też dawek oleju szarego tłómaczy Lang przypadki śmierci, opisane przez Kaposiego i Hallopeau!

Doświadczenia zatem powyższe, sądzę, dowodzą przekonywająco, że używanie oleju szarego, byle rozważne, nie zagraża w niczem bezpieczeństwu życia ludzkiego; chyba zaś dostatecznie potwierdzają okoliczność tę długoletnie doświadczenia Langa, Neissera, wreszcie nasze siedmiomiesięczne obserwacye, gdzie na 39 przypadków nie mamy do zanotowania żadnych cięższych zboczeń w ustroju skutkiem działania oleju szarego.

IV. Z Zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O bakteryach w worku spojówkowym oka zdrowego.

Podał
Dr. S. Lachowicz z Wilna.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

W ostatnim przypadku poddawano hodowlę niezwłocznie badaniu mikroskopowemu zapobiegając, ile możności zanieczyszczeniu i jednocześnie odrobinę hodowli, o ile się dało, z pojedynczej kolonii uszkiem, sterylizowanem szczepiono na żelatynę przez wkłucie; probówkę z żelatyną po zaszczepieniu zostawiano zwykle w temperaturze pracowni przez cały czas obserwacyi. Hodowla na żelatynie przez wkłucie (w probówce) uzyskana okazywała się i rozwijała także z niejednakową szybkością we wszystkich przypadkach, jakkolwiek najczęściej można było już ją dostrzedz dość wyraźnie na 3—5 dzień po zaszczepieniu; ogólnie jednak hodowla rozwijała się tu o wiele powolniej niż na agarze tak, że w wyjątkowych przypadkach stawała się wyraźną dopiero po 10—12 dniach, a nawet po dwóch tygodniach.

Tak, jak to opisałem, postępowałem zwykle tylko w tych razach, gdzie pierwsza wyraźna hodowla na agarze (zaszczepienie z oka) swem wejrzeniem makroskopowem nie zdradzała żadnego zanieczyszczenia a nadto badanie jej mikroskopowe stanowczo wykazywało obecność jednego tylko gatunku drobnoustroju; w przeciwnym zaś razie hodowlę agarową najpierw zaszczepiano na żelatynę na płytkach Petrego i dopiero już ztąd z jednej i tej samej kolonii przeszczepiano przez wkłucie do probówek, na agar i na żelatynę; po takiej manipulacyi otrzymywałem już całkiem czystą hodowlę. Tu mimochodem muszę nadmienić, iż we wszystkich przypadkach, tak czystych jak wątpliwych hodowli, zwykle nie zadawalniałem się jednorazowem szczepieniem przez wkłucie na agar i na żelatynę, lecz robiłem je po dwa a nawet po trzy razy.

Zbytecznie chyba dodawać, iż każdą żelatynową hodowlę poddawałem również badaniu mikroskopowemu, jak to czyniłem z hodowlą agarową. Dzięki wielkiej uprzejmości prof. O. Bujwida obydwa podłoża, tak agar jak żelatynę miałem już gotowe, stale używane w Jego pracowni.[1])

Ogólna liczba osób poddanych badaniu jednorazowemu wynosi u mnie 32, czyli 63 zdrowych worków spojówkowych (u jednej osoby badano tylko jedno oko). Z tej liczby bakterye wykazano tylko w 19 oczach (31%), w reszcie zaś (69%) wcale ich nie było. Na 15 osób pierwszej kategoryi tylko u 4-ch (w 27%) bakterye były w obu oczach, w reszcie zaś (w 73%) w jednem. Również na 26 osób drugiej kategoryi w 16-tu (około 62%) bakteryj nie było w obu oczach, w reszcie (38%) w jednem.

Co się tyczy gatunku drobnoustrojów, to przeważnie znajdowałem ziarniki: tak z ogólnej liczby osób (15, patrz wyżej), u których bakterye wykryto, u 11-tu były tylko ziarniki i to przeważnie w jednem oku (w obu tylko u 3ch osób) i tylko u 4-ch osób okazały się prątki (u wszystkich w jednem oku); wynik ten zostaje w zupełnej sprzeczności z rezultatem pracy A. E. Ficka, który przeciwnie w przeważnej liczbie przypadków znajdywał prątki, samych zaś ziarników ani razu nie wykrył (patrz wyżej). Być może, iż ta okoliczność tłómaczy się po części tem, że materyał do badania był nieco odmienny u mnie i u Ficka — u mnie ciecz łzowo-śluzowa, u Ficka przeważnie kawałeczki śluzu (*Scheimflocken*); jakkolwiekbądź ma ona dowodzić, iż tak doświadczenia Ficka, jak moje nie rozstrzygają jeszcze ostatecznie kwestyi co do rodzaju drobnoustrojów w zdrowym worku spojówkowym i że do tego niezbędne są jeszcze dalsze badania.

Niestety nie mogę tu podać dokładniejszej klasyfikacyi co do gatunku tej lub owej grupy bakteryj; jednakże na podstawie danych z badania mikroskopowego oraz charakteru rozwoju ich na agarze i żelatynie przez wkłucie, zgadzających się zasadniczo z odpowiedniemi danemi u Flüggego, Schenka i Ficka[1]), mogę wnosić, iż z pośród ziarników w przeważającej liczbie miałem *staphylococcus pyogenes albus* (u 4-ch osób, u 2-ch w obu oczach), następnie *micrococcus caudicans* (*coccus albus non liquefaciens*) u 2-ch osób, w jednem oku, *streptococcus pyogenes* (u jednej osoby, w jednem oku), *sarcina lutea* (u 2-ch osób, w jednem oku), *micrococcus coronatus* (u 2-ch osób, u jednej w obu oczach); z pośród prątków zaś wykryłem u jednej osoby (w jednem oku) laseczki w kształcie kolbek, czyli zgrubiałe na jednym końcu (*bacillus sporiferus* z powietrza podług prof. Bujwida).

Pod mikroskopem na preparacie ze świeżej hodowli, zabarwionym fuksyną, dostrzega się zwykle w owem zgrubieniu bardzo wyraźny białawy (niezabarwiony), podłużny zarodnik, który w późniejszych okresach rozwoju hodowli staje się ciałkiem wolnem i preparat mikroskopowy wykazuje wtedy obecność rozmaitych form przejściowych: jużto pojedyncze, jeszcze niezabarwione, lub słabo zabarwione zarodniki, jużto zwyczajne (niekolbkowate) prątki tak krótsze jak dłuższe, bez zarodników i dopiero też same kolbkowate, lecz w znacznie mniejszej liczbie, niż w preparatach z hodowli świeżej.

Hodowla prątka na pochyłej powierzchni agaru, kilkakrotnie otrzymywana, przedstawia się zarówno w kształcie masy rozlanej szarawego koloru, jak osobnych kolonij kształtu kropel tłuszczu. Na żelatynie przez wkłucie rozwija się hodowla niekiedy w kształcie jodełki bardzo powoli, nie rozrzedzając przytem żelatyny. Następnie *bacillus fluorescens putridus (seu fluorescens non liquefaciens)* wykryto u jednej osoby (w jednem oku). *Bacillus granulosus (bacillus xerosis conjunctivae* niektórych autorów), nie rozwijający się wcale na żelatynie, podobny bardzo do laseczek Loefflera w błonicy) u dwu osób (u jednej w obu oczach) i nareszcie laseczník ściśle nieokreślony (u jednej osoby w jednem oku) dla braku hodowli na żelatynie przez wkłucie; przedstawia się on w kształcie prątków to dłuższych to krótszych, niekiedy z białawemi punkcikami w środku.

Wszystkie powyżej przytoczone drobnoustroje otrzymano zwykle już za pierwszem (jednorazowem) zaszczepieniem na agar cieczy łzowo-śluzowej. Dopiero jedna osoba dwukrotnie badana, przy pierwszem badaniu dała wynik ujemny w obu oczach, przy drugiem zaś wykazała *micro-*

[1]) S. Z. Schenk. Grundriss der Bakteriologie für Aertze u. Studirende 1892.

[1]) Flügge, Schenk, Fick, l. cit.

coccus candicans w jednem oku. Znowuż drugi osobnik za badaniem pierwszem wykazał *streptococcus pyogenes*, za drugiem *sarcina lutea* (w obu przypadkach w jednem oku). Następne dwie osoby ciekawe są z tego względu, iż u jednej z nich w jednem i tem samem oku okazały się dwa gatunki bakteryj: *staphylococcus pyogenes* i *micrococcus cereus albus* (drugie oko z wynikiem ujemnym), u drugiej zaś w obu oczach wykryto niejednakowe gatunki drobnoustrojów, w jednem oku *micrococcus candicans*, w drugiem *bacillus xerosis conjunctivae*. Wypada mi tu wspomnieć z kolei o własnych oczach, których trzechkrotne badanie z pauzą mniej więcej jednotygodniową, za żadnym razem nic nie wykazało.

(Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Compendium moderne de Médecine pratique publié sous la Direction du Dr. de Maurans. Paris 1894. A. Maloine. str. 710.

Dzieło to jest zbiorem opisów przeważnie środków i metod leczniczych ogłoszonych w ciągu ostatniego trzechlecia. Obok tego znajdują się zestawione nowsze spostrzeżenia ze zakresu dyagnostyki lekarskiej. Postępowanie lecznicze jest tak przedstawione, jak je każdy autor w swoim artykule podał, bez żadnego dodatku uwag krytycznych ze strony sprawozdawcy. Z artykułów oryginalnych wyjęto tylko to, co nadaje się do zastósowania klinicznego. Przeważnie uwzględniono piśmiennictwo francuskie; jednak nie pominięto i prac z innych języków. Materyał znajduje się ułożony według zwykłego układu klinicznego chorób, w którym czytelnik bardzo łatwo zoryentować się może. I tak uwzględniono następujące działy: Choroby zakaźne i rak; zboczenia w odżywieniu (cukromocz, niedokrewność, blednica); choroby narządu oddechowego; choroby narządu krążenia; choroby nerek; choroby narządów trawienia; choroby układu nerwowego; ginekologia i położnictwo; ostatecznie choroby weneryczne i skórne. W jaki sposób różne choroby obrobiono, niech posłuży za przykład dział o gruźlicy. Obejmuje on następujące ustępy: O rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy w okresie początkowym; nowe sposoby i metody leczenia gruźlicy; rozmaite sposoby stósowania kreozotu (przez żołądek, podskórnie, przez tchawicę, zapomocą lawatyw i czopków); leczenie gruźlicy zapomocą gwajakolu; benzosozol i jego użycie w suchotach płucnych; arystol w leczeniu suchot płucnych; leczenie suchot płucnych rtęcią i jodkiem potasowym; podskórne wstrzykiwanie kamfory w suchotach płucnych; o stósowaniu niektórych środków przeciwgorączkowych w gruźlicy (antyfebryna, *Liq. arsen.* Fowleri, jodopiryna, wodochlorek fenokolu); środki przeciwpotne (teluran potasowy i sodowy, kwas kamforowy, kw. agarycynowy); gruźlicze zapalenie stawów i jego leczenie, rozpoznawanie i leczenie gruźlicy krtani; rozpoznawanie i leczenie gruźliczego zapalenia kiszki ślepej; wstrzykiwania naftolu kamforowego, kreozotu, balsamu peruwiańskiego, oleju jodoformowego do gruczołów gruźlicą zajętych a ostatecznie nowe sposoby leczenia liszaja żrącego (*lupus*).

W ten oto sposób uporządkowany jest cały materyał terapeutyczny z ostatnich czasów. A książka byłaby wielce przydatną dla lekarza praktycznego, lecz ma tę ujemną stronę, że autor nie wdaje się w żadne krytyczne uwagi nad wartością różnych środków i metod leczniczych. Ztąd wynika niebezpieczeństwo, że lekarz postępując w praktyce według tej książki, naraziłby się zbyt często na nader nieprzyjemny zawód. Natomiast dla lekarza rozporządzającego szpitalem lub kliniką jestto podręcznik bardzo pożądany, gdyż pozwala na szybkie zoryentowanie się w nowszej terapii, o której wartości ma sposobność przekonania się sam każdego czasu. Należy jednak i tu zrobić zarzut, że sprawozdawca zestawiając ostatnie prace kliniczne przywodzi wprawdzie dokładnie nazwiska autorów, lecz nie podaje źródeł, zkąd ich prace czerpał. W ten sposób kontrola zdań sprawy jakoteż źródłowe studyum stają się niemożliwemi. Pomimo to może dzieło Maurana być pożyteczne i w tej formie dla lekarza obdarzonego zmysłem krytycznym. *W. Jaworski.*

Położnictwo.

Schultze: **Przyczynek do cucenia mocno omdlałych noworodków za pomocą wahań.**

Z powodu dwu przypadków, z których jeden opisany przez Körbera, drugi przez Koffera, przypadków prawie zupełnie do siebie podobnych, w których sekcya noworodków cuconych wahaniami Schultzego wykazała: wylanie się krwi pod torebkę wątroby i następowe pęknięcie tejże torebki z wylaniem się krwi do jamy brzusznej, ogłasza Schultze powyższy artykuł i zbija wnioski przez obu autorów z tych przypadków wysnute. A mianowicie obaj autorowie twierdzą, że przyczyną śmierci noworodków w tych przypadkach było wylanie się krwi pod torebkę wątroby wywołane wahaniami Schultzego, które po pęknięciu torebki sprowadziło krwotok do jamy brzusznej. Otóż Schultze powołując się na trzy podręczniki anatomii patologicznej Rokitańskiego, Förstera i Webera wykazuje, że podobne zmiany, jakie obecnie Körber i Koffer opisują jako następstwa wahań, są w owych podręcznikach wymienione jako typowe zmiany cechujące śmiertelnie przebiegającą ciężką zamartwicę (*asphyxia*) noworodków. Z uwagi, iż trzy te podręczniki wyszły przed podaniem wahań jako metody w celu cucenia noworodków, należy uznać, iż zmiany te nie mogły powstać skutkiem wykonywania tychże wahań. Dalej wykazuje autor, że przez wahania nie tylko wywołuje się oddechy, lecz że równocześnie pobudza się i ułatwia czynność serca, gdyż raz poddaje się serce większemu ciśnieniu, przez co łatwiej wypiera ono krew do tętnic, drugi zaś raz, gdy ciśnienie znacznie się zmniejszy, zwiększa się znów siła ssąca serca. Dlatego zdaniem autora wahania nie tylko nie mogą sprowadzić wylania się krwi pod torebkę wątroby, lecz istniejące właśnie z powodu zamartwicy bierne przekrwienie wątroby, nerek i płuc zmniejszają. W końcu nie zaprzecza autor zupełnie, że w razie wylania się już krwi pod torebkę wątroby, może skutkiem wahań nastąpić jej pęknięcie i wylanie się krwi do jamy brzusznej, sądzi jednak, że stać się to może tylko skutkiem gwałtownych i nieumiejętnych wahań. (*Medicin.-Chirurg. Central-Blatt.* Nr. 19. 1893). *Dr. Kośmiński.*

Schultze: **Czy złamanie obojczyka jest przeciwwskazaniem do cucenia noworodka za pomocą wahań.**

Przy szybkiem wydobywaniu za nóżki mocno omdlałego płodu, złamano obojczyk podczas trudnego uwalniania rączki. Energiczne wahania sposobem Schultzego odniosły pożądany skutek.

Na złamanie obojczyka założono odpowiedni opatrunek (Velpeau), który po dziewięciu dniach usunięto. Wyleczenie zupełne; w miejscu złamania pozostało twarde, mocne zgrubienie kości.

Na podstawie tego przez siebie spostrzeganego przypadku zmienił autor zdanie, i gdy dotychczas zgadzał się z twierdzeniem Leopolda Meyera i Körbera, że przy złamaniu obojczyka wahania są przeciwskazane, sądząc, że odłamki obojczyka mogą zranić opłucną i płuco, (jak to się stać miało w przypadku Heydricha), to obecnie twierdzi, że wahania, byle tylko umiejętnie zastósowane, i w tych przypadkach są również dozwolone. Przytem zwraca autor uwagę na to, aby podczas wykonywania wahań nie uciskać rękami z boku barków płodu, lecz aby cały ciężar płodu spoczywał na palcach wskazujących w paszkach płodu, palce zaś wielkie powinny tylko dotykać się przedniej ściany klatki piersiowej, a nie uciskać obojczyków. (*Centralblatt f. Gynäkol.* Nr. 8. 1794). *Dr. Kośmiński.*

J. Harvie Dew: **Nowa metoda sztucznego oddechania przy ceceniu omdlałych noworodków.**

Lewą ręką chwyta się płód w ten sposób, aby grzbiet jego spoczywał na dłoni, palec wielki i wskazujący obejmują szyjkę, trzy palce zaś umieszcza się w pasze lewej; główka płodu przechylona ku tyłowi. Prawa ręka chwyta kolana płodu tak, aby dłoń przypadała na tylną powierzchnię uda w ten sposób, że kolanko prawe chwyta się pomiędzy palcem dużym a wskazującym. Jeżeli teraz lewą ręką przegniemy górną część kręgosłupa płodu ku tyłowi, prawą zaś ręką wyprostujemy mocno kończyny dolne i pociągniemy miednicę płodu ku tyłowi, wtedy wywołamy wdech, na odwrót, gdy lewa ręka przegnie kręgosłup wraz z główką płodu ku przodowi, prawą zaś ręką zegniemy nóżki płodu w ten sposób, że udami dotkniemy brzuszka płodu, natenczas sprawimy wydech. Zabieg ten bardzo wygodny dla cucącego, gdyż można przy nim siedzieć, a nie męczący, ma przedewszystkiem tę zaletę, że można go użyć w kąpieli ciepłej, skutkiem czego unika się oziębiania płodu, co podczas cucenia długo może zwolnić krążenie i stać się przyczyną śmierci. *(Deutsche Medicinische Zeitung.* Nr. 19. 1893).

Dr. Kośmiński.

Prochownick: **Przyczynek do postępowania w cuceniu omdlałych noworodków.**

Najlepszym sposobem cucenia mocno omdlałych noworodków są bezsprzecznie wahania Schultzego, jednak nie zawsze można ich użyć z przyczyny przykrego wrażenia na otoczenie (rodzina) i nie wszędzie n. p. w niskich izbach. Dlatego poleca autor do wypróbowania następujący sposób cucenia noworodków, którym posługuje się z dobrym skutkiem od lat kilku. Lewą ręką chwyta się płód za nóżki i utrzymuje go w pozycyi wiszącej w ten sposób, aby główka płodu oparta o jakąkolwiek podstawę była ku tyłowi przegięta a szyjka wyciągnięta; prawa ręka obejmuje z przodu klatkę piersiową płodu. Jeżeli teraz uciśniemy raz po razu prawą ręką klatkę piersiową dość silnie, to wywołamy wydech, przy czem pewna część śluzu wyjdzie z dróg oddechowych. Gdy następnie rękę prawą usuniemy i uwolnimy nagle klatkę piersiową z pod ucisku, następuje wdech, przy czem słyszeć można jak powietrze wchodzi przez szparę głośni. Powtarzając tę czynność, możemy naprzemian wywoływać wydechy i wdechy. Gdy się ma odpowiednią pomoc, dobrze jest polecić pomocnikowi trzymanie płodu za nóżki a w takim razie nietylko ręka prawa, ale obie równocześnie ręce operatora wywierają ucisk na klatkę piersiową płodu.

(Sprawozdawca *Przeglądu Lek.* użył w dwu przypadkach sposobu tego z dobrym skutkiem). *(Centralblatt f. Gynäkolog.* Nr. 10. 1894). *Dr. Kośmiński.*

Bakteryologia.

G. Gatti: **O wzmaganiu się bakteryobójczej siły krwi podczas zakażenia.**

Chcąc oznaczyć stopień bakteryobójczej siły krwi podczas zakażenia, brał autor pewne ilości krwi bezpośrednio przed zakażeniem i po zakażeniu. Po odwłóknieniu lub oddzieleniu surowicy dodawał tego samego gatunku bakteryj, jaki służył do zakażenia; następnie przygotowywał co pewien czas płytki agarowe i licząc powstałe na nich kolonie, oznaczał skalę bakteryobójczej własności krwi.

Próby robione z dwuziarnikami zapalenia płuc i z lasecznikami wąglikowemi wykazały, że własności te wzmagają się podczas zakażenia a zmniejszają się dopiero pod jego koniec. Ta siła bakteryobójcza objawia się przez obumieranie nie pewnej liczby użytych do doświadczeń mikrobów, lecz pewnej ich odsetki. *(Centralblatt f. Bakteriologie.* Tom XV. Nr. 12). *Dr. W. Orłowski.*

Bruschettini: **Doświadczenia nad odpornością przeciw grypie** *(influency).*

Na podstawie wielu doświadczeń dochodzi autor do wniosku, że można uodpornić króliki przeciw trującemu działaniu laseczników influency. W tym celu używał on około 40—60 cm. sz. przesączonych hodowli na krwi, które wstrzykiwał zwierzętom w ciągu 60 do 72 dni i uodpornia je w ten sposób tak dobrze, że znosiły bez szkody znacznie większe ilości jadowitych hodowli, niż zwierzęta używane do kontroli, które już od daleko mniejszych dawek padały w ciągu paru dni. Surowica krwi zwierząt uodpornionych posiada wyraźne odtruwające działanie, pomimo że brak jej własności bakteryobójczych. Niemniej jednak jest ona w stanie (wstrzyknięta podskórnie w ilości 3 cm. sz.) wyleczyć zwierzę, któremu na dwa dni przedtem wstrzyknięto do tchawicy jadowitą hodowlę laseczników influency i które w skutek tego podlegało najcięższym objawom tej choroby. *(Centralblatt f. Bakter.* Tom XV. Nr. 12).

Dr. W. Orłowski.

C. Brunner: **Dotychczasowe wyniki doświadczalnych badań nad sposobem działania jadu tężcowego na układ nerwowy.**

Praca ta opiera się na badaniach Autokratowa, Courmonta, Doyona, Buschkego i Oergela. Sprawdzając doświadczenia pierwszego, przecinał autor u ciepłokrwistych zwierząt tylne pęczki nerwowe przy wyjściu z rdzenia kręgowego i kiedy zwierzę przyszło do siebie, wstrzykiwał mu jad tężcowy. Podobnie jak w doświadczeniach przez autora poprzednio na nerwie trójdzielnym dokonanych, pojawiły się kurcze, jakkolwiek słabsze i nieco później, niż u zwierzęcia, użytego do kontroli. Podobne doświadczenie przerobił Bruner na żabie. Ponieważ jednak okres wylęgania u tego zwierzęcia bywa bardzo długi, zmuszony był autor wykonać operacyę dopiero z chwilą rozwinięcia się choroby. I w tym razie objawy nie znikły, tylko osłabły. Na zasadzie tego, sądzi autor, że jad tężcowy działa wprost na ośrodki w rdzeniu kręgowym i wprawia je w stan pobudliwości nieprawidłowej. Jeżeli teraz u takiej żaby podrażnimy centralny koniec odciętego pęczka, pojawią się ruchy; tym sposobem sam jad wzmaga pobudliwość rdzenia a powstanie ruchu, względnie kurczu wymaga czuciowego popędu do rdzenia, podobnie jak to już wykazał Hering dla strychniny.

Następnie przerobił autor doświadczenia Buschkego. Kurara znosi objawy tężyczki (tetanii), wycięcie natomiast mózgu pozostaje bez wpływu. Jeżeli zniszczymy dolną część rdzenia u takiej żaby, tylne kończyny wykazują lekkie kurcze, przednie nieco słabsze. Toksalbumina przeniesiona wprost na powierzchnię mózgu królika wcale nań nie działa. Wszystko więc przemawia za tem, że jad tężcowy działa bezpośrednio na rdzeń kręgowy.

W dalszym ciągu swej pracy dochodzi autor do przekonania, że doświadczenia podjęte w celu wykazania bezpośredniego, pobudzającego działania jadu tężcowego na zakończenia nerwów czuciowych, ani nie potwierdzają tego mniemania, ani mu nie przeczą. Jeżeli zetkniemy toksalbuminę z obwodowem zakończeniem przeciętego nerwu ruchowego, to on wcale na to nie oddziaływa. Wprawdzie w tych doświadczeniach przeszkadzała długość okresu wylęgania się tężca.

Przechodząc do prac Courmonta i Doyona, nie potwierdził autor wyników doświadczeń tych badaczy i nie mógł wywołać tężca u myszy po zastrzyknięciu im substancyi, którą podług wskazówek wymienionych badaczy otrzymał z mięśni zwierząt chorych na tężec i która miała wywołać tężec bez okresu wylęgania. Krew zwierząt chorych na tężec, wywoływała tę chorobę, jak to już wykazał Uschinski, po zwykłym okresie wylęgania. *(Centralblatt f. Bakt.* Tom XV. Nr. 12). *Dr. W. Orłowski.*

Schreier: **Przyczynek do etyologii i patogenozy zapalenia okostny zębowej.**

Pomimo, że ogólnie uważa się zapalenie okostny zębodołowej i miazgi zębowej za choroby pochodzenia zakaźnego, jednak dotychczas brakowało odpowiednich poszukiwań. W 20 przypadkach znalazł autor 8 razy czyste dwuziarniki zapalenia płuc, 7 razy dwuziarniki wraz z gronkowcem bia-

łym, 3 razy gronkowiec biały, raz gronkowiec złocisty i raz paciorkowiec ropotwórczy. Zwrócić należy uwagę, że dwuziarnik zapalenia płuc często znajduje się w jamie ustnej. Autor wątpi, czy prątek miazgi ropotwórczy Müllera i inne gatunki, znajdywane przez różnych autorów i dla zwierząt chorobotwórcze, są przyczyną zapalenia okostny i miazgi zębowej. (*Centralblatt f. Bakt.* Tom XV. Nr. 12).

Dr. W. Orłowski.

Zapiski terapeutyczne.

— L. Gigli: Nowe narzędzie do przecinania kości. Wiadomo, iż piłka łańcuszkowa, w roku 1784. przez Aitkena wynaleziona a przez Jeffreya do chirurgii wprowadzona, jest narzędziem skomplikowanem, kosztownem i nietrwałem. Jeżeli bowiem jest bardzo delikatna, rwie się łatwo, jeżeli zaś jest gruba, nie nadaje się do wielu operacyj. Dlatego wpadł autor na myśl, by do przepiłowania kości użyć drutu ze stósownemi zębami. Po wielu próbach i doświadczeniach na zwłokach, tudzież na chorych w klinikach prof. Mikulicza we Wrocławiu i prof. Baiardego we Florencyi, poparty przez znanego fabrykanta narzędzi chirurgicznych we Wrocławiu, Hartla, przekonał się, iż do piłki drucianej nadaje się najlepiej drut stalowy, którego zęby przedstawiają linię śrubową o kilku krokach zrobioną za pomocą stósownej maszyny, przez co wszystkie gwinty czyli dla piłki zęby są zupełnie jednakie. Drut ten na końcach swych wyżarzony i ztąd miękki kończy się w uszka służące do przyczepienia stósownych rękojeści, podobnie jak to jest w piłkach łańcuszkowych. Jeżeli drut złamie się blisko końca, można go uchwycić prostą rękojeścią metalową, zaopatrzoną w stósowne przykrętki.

Przy użyciu tej piłki drucianej baczyć należy, by w razie zaklinowania nie naciągać jej za mocno z obawy o pęknienie, nie zaginać pod kątem mniejszym od połowy prostego, osobliwie przed samem zakończeniem przepiłowania kości, tudzież nie polewać piłki podczas przerzynania a to dlatego, by piłka rozgrzana nie ochłódła nagle a niejednostajnie i przez to nie przerwała się.

Piłka druciana ma 0·65 milimetra w średnicy a do oprowadzenia jej na około kości wystarczy tępa i giętka igła, przytwierdzona nitką jedwabną lub drutem srebrnym do uszka.

Piłki te wyrabia firma Hermanna Haertla we Wrocławiu (Weidenstrasse 33) po 3 marki za tuzin a dla uniknienia podrabiania, wydaje je w osobnem, w znak własny firmy opatrzonem opakowaniu. (*Centralblatt für Chirurgie.* 5. Maja 1894).

— Wecker: O ograniczeniu używania wód do oczu. Na odbytym właśnie (od 7—9. Maja r. b.) kongresie oftalmologicznym francuskim zwrócił Wecker uwagę, że jakkolwiek dążeniem teraźniejszem terapii jest używać jak najwięcej metody przeciwgnilnej i stósować ile można leczenie wprost do narządu chorego, to dążenia te rzadko bardzo stósuje się do wód do oczu *(collyria)*, które gdyby nawet były najzupełniej aseptyczne i przechowane również całkiem aseptycznie, przez samo zetknięcie się z rzęsami, brzegami i załamkiem powiek, a zatem samemi miejscami zawierającemi mikroby, tracą swe przymioty aseptyczne.

Ten brak aseptyczności płynów wprowadzanych do worka spojówkowego nie bardzo wchodzi w rachubę, gdy warstwa przybłonka gałki ocznej i powierzchnia spojówki, są całe, nienadwerężone, lecz niewątpliwie staje się szkodliwym, gdy rozchodzi się o rany i owrzodzenia rogówki lub spojówki lub blizny przenikliwe *(cicatrice à migration)*, jak to n. p. bywa przy operacyi zaćmy. Dlatego też W. nie potępia tych, którzy po ekstrakcyi zaćmy wstrzymują się od wszelkiego zapuszczania płynów do oczu; postępuje tak samo po wycięciu tęczówki i nie może zgodzić się, by we wszystkich przypadkach ekstrakcyi zapuszczać co 2-gi lub 3-ci dzień atropinę aż do zupełnego wyleczenia.

Zdaniem Weckera najlepsze otrzymuje się skutki, jeżeli po ekstrakcyi zaćmy, ile możności, jak najaseptyczniejszem nie zapuszcza się nic do oczu. Zapuszczanie niezupełnie aseptycznych wód do oczu jest w zaćmach traumatycznych przyczyną opóźnienia się resorpcyi i wystąpienia objawów zapalnych.

Bardzo też trzeba ubolewać nad ogólnem używaniem w ranach i wrzodach rogówki takich nieczystych wód do oczu. Zdaniem Weckera nie ma w przeważnej liczbie owrzodzeń rogówki wcale żadnego ścisłego, wskazania dla wód ocznych, w których tylko tkwi niebezpieczeństwo zakażenia ran. Według niego antyseptyka i zasada leczenia wprost organu chorego nakazują w owrzodzeniach rogówki:

1) Desinfekcyonować jak najstaranniej powieki, osobliwie ich brzegi i rzęsy;

2) Wyskrobywać i skrapiać wrzody w celu usunienia wszelkich części zakażonych;

3) Wstrzykiwać pod spojówkę w sąsiedztwie części chorej kilka kropel rozczynu sublimatu 1:2000;

4) Używać dokładnie opaski uciskającej z wyłączeniem wszelkich wód do oczu.

W dyskusyi nad tym odczytem większa część obecnych oświadczyła się za zdaniami Weckera, przyznała atoli, iż W. idzie za daleko potępiając tak bardzo używanie wód do oczu, wód, które w wielu razach nie są więcej septyczne, niż naturalne płyny w oku, i które przez proste zagotowanie można znów uczynić aseptycznemi. Zresztą co innego dać wody do oczu do rąk pacyentów i osób ich otaczających a co innego dozwolić lekarzowi na ich użycie.

Wecker w odpowiedzi oświadczył, iż nie potępia całkowicie używania wód do oczu, że nie zrzeka się wcale n. p. ezeryny w przypadkach przedziurawienia rogówki a atropiny w zapaleniu tęczówki, lecz że pragnie jedynie ograniczenia ich użycia w praktyce. *(La médecine moderne.* 9. Maja 1894).

— Leczenie ostrego zapalenia migdałków. Idąc za Sciollą, który wykazał, że gwajakol użyty zewnętrznie i obniża temperaturę ogólnie i miejscowo znieczula (por. *Przegląd lekarski* z r. b. Nr. 6.), użył J. H. Raymond, asystent kliniki chorób dróg oddechowych w Chicago, gwajakolu w ostrem zapaleniu migdałków. W tym celu pęczkiem waty napojonej gwajakolem pomazuje całą powierzchnię zapalonego migdałka bacząc starannie, by nadmiar płynu nie dostał się do krtani. Pomazanie to sprawia dosyć mocne pieczenie, które jednak znieść łatwo tem bardziej, że zwykle nie trwa długo. R. przekonał się, że ani pomazanie migdałka poprzednio 10% rozczynem kokainy ani zmięszanie gwajakolu po równych częściach z olejkiem migdałowym nie są praktyczne i dlatego wrócił do czystego gwajakolu.

Skutek terapeutyczny pomazania migdałków zapalonych gwajakolem pokazuje się rychło w postaci ustąpienia naprzód bólów a potem gorączki i obrzmienia, tak, iż nieraz w kilkanaście minut po użyciu gwajakolu przełykanie staje się całkiem niebolesnem a po kilku godzinach i temperatura ciała jest prawidłową. Jedno lub dwa pomazania gwajakolem wystarczyły do zupełnego wyleczenia zapalenia migdałków, co najwięcej w 48 godzinach. Podanie Raymonda potwierdzają koledzy miejscowi.

— Patein i Désequelle: Przypadek otrucia po użyciu wewnętrznem salolu. Autorowie przypominając opisany przez Josiasa przypadek, w którym młoda chora po zażyciu naraz 3 gramów salolu, dostała rumienia podobnego, jak w płonicy (*erythema scarlatiniforme*) a mocz zabarwił się mocno brunatno i zawierał kwas salicylowy i fenol powstałe z rozkładu salolu, podali do wiadomości paryskiego towarzystwa terapeutycznego z własnej obserwacyi przypadek, dowodzący szczególnej względem salolu drażliwości, objawiającej się zboczeniem w zakresie czucia ogólnego i szczegółowego. Młody człowiek zażył z przyczyny ostrego zapalenia gardła z własnej ordynacyi koło 8 gramów salolu w czterech dawkach w przeciągu kilku godzin. W dwie lub trzy godziny po ostatniej dawce dostał bardzo mocnego ściskania w jamie ustnej i w gardle a około godziny 4. rano wstawszy z łóżka w celu oddania moczu dostał

nagłe gwałtownych wymiotów a następnie gorączki, uczucia palenia w skórze, suchości języka. Plwociny były krwawe, przyszły zawroty głowy, znaczne obniżenie czucia skórnego a i czucie w jamie ustnej tak było upośledzone, że rzodkiewka robiła mu wrażenie kredy. Przypady te ustąpiły wkrótce. Badanie moczu, który nie był czarniawy, nie wykazało białka; jeszcze w trzy dni po zażyciu salolu można było wykryć w moczu fenol i kwas salicylurowy. Zboczenia w zakresie czucia w tym przypadku przypisują autorowie fenolanowi sodowemu, powstałemu z rozszczepienia się w ustroju salolu a wiadomo, jak kwas karbolowy czyli fenolowy upośledza czucie. (*Bulletin général de Thérapeut.* 8. Maja 1894).

— Niedowidzenie po zażyciu wewnętrznem jodoformu. Trzy takie przypadki opisali dotychczas: pierwszy w roku 1882. Hirschberg, drugi w r. 1886. Hutchinson a trzeci i dotychczas ostatni w r. 1893. Priestley Smith. Niedowidzenie to pochodzi z zapalenia nerwu wzrokowego poza gałką oczną i przerwy środkowej dla barw w polu widzenia. Przerwa ta utrzymywała się przez cztery tygodnie po intoksykacyi. Wzrok powrócił rychło po użyciu wewnętrznem żelaza i wstrzykiwaniach podskórnych strychniny. (*Journal de médecine de Bruxelles.* Nr. 15. 1894).

— Brasch: Porównanie rozmaitych sposobów leczenia błonicy. Autor, który w ciągu 13 lat miał sposobność widzenia i obserwowania znacznej liczby przypadków błonicy, dzieli je na trzy gromady. W pierwszej obejmującej lata 1880 do 1884 i 154 przypadków, leczył błonicę pomazywaniem gardła 5% roztworem kwasu karbolowego i wewnętrznem podawaniem mieszaniny z jednej części półtorachlorku żelaza (*ferrum sesquichloratum*) i 25 części gliceryny (co 2 godziny po łyżeczce od kawy). Śmiertelność wyniosła 31·16%.

W drugiej gromadzie, obejmującej lata 1885 do 1888 i 240 przypadków, chorzy płukali sobie gardła roztworem sublimatu 0·5‰ (czyli 1 na 2000). Dzieciom zaś małym i dorosłym z ciężką formą błonicy pomazywano gardło płynem sporządzonym podług przepisu:

58) Rp. *Thymoli* 0·50
Alcoholi
Glycerini ãa 50·00
MDS. Zewnętrznie.

Prócz tego, jeżeli błony wrzekome nie oddzielały się łatwo, dostawali chorzy wewnętrznie pilokarpinę.

Śmiertelność przy tem leczeniu była 16·25%.

Nakoniec w ostatniej gromadzie z 92 przypadkami leczonymi w latach 1889 do 1893 podawał autor wewnętrznie sinek rtęci według przepisu:

59) Rp. *Mercurii cyanati centigrm.* 10
Aquae destil. 250·00
Syrupi simplicis 50·00
Ttrae aconiti 1·00
MDS. Zażywać po łyżeczce od kawy lub deseru stósownie do wieku chorego.

Lek ten w miarę ciężkości przypadku otrzymują chorzy co 1/2 godziny, co godzinę lub co 2 godziny w dzień i w nocy. Rozumie się samo przez się, że do zadawania tego leku nie można używać łyżek metalowych, lecz tylko szklanych lub porcelanowych.

Po każdem zażyciu winien chory przynajmniej przez kwadrans wstrzymać się od wszelkiego jedzenia i picia a to dlatego, by lek zażyty stykał się dłużej z błoną śluzową ust i gardła.

Po dwóch lub trzech dniach tego leczenia występuje często rozwolnienie, jako lekki objaw rtęcicy a wtedy lek ów zadaje się rzadziej n. p. co 3 lub 4 godziny lub dodaje do niego także kilka kropel nastoju makowca (*tra laudani*).

U dorosłych i u dużych dzieci, zapisuje B. nadto płukania gardła płynem:

60) Rp. *Mercurii sublimati* 0·10
Natrii chlorati 2·00
Aquae destil. 250·00
MDS. Płukanie gardła.

Przeciwko gorączce występuje B. z salicylanem sodowym lub antypiryną dodając do nich niekiedy, osobliwie jeśli błony wrzekome źle się oddzielają, wodochlorek pilokarpiny (*pilocarpinum muriaticum*) w dawce od 1 do 5 miligramów raz lub dwa razy dziennie.

Takie leczenie błonicy przetworem rtęciowym, okazało się najskuteczniejsze, gdyż śmiertelność przy niem wyniosła tylko 10·87%.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 17. Maja 1894 r.

— N. Pan mianował Dra Antoniego Rosnera, profesora nadzwyczajnego nauki o chorobach skórnych i wenerycznych w Uniw. Jagiell. profesorem zwyczajnym.

— Dnia 16. b. m. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem przewodniczący, kol. Kwaśnicki przedstawił propozycyę Towarzystwa lekarzy galicyjskich w sprawie wybrania członka do Komitetu sędziów na tegorocznej wystawie lwowskiej. Zgodnie z wnioskiem Komitetu Towarzystwa krakowskiego wybrany został Dr. Władysław Bylicki ze Lwowa. Kol. Ponikło przedstawił następujący wniosek: Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwala wyrazić prof. Cybulskiemu uznanie za kierowanie Komitetem polskim na Zjeździe międzynarodowym w Rzymie i poleca zamieścić to w protokole posiedzenia. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie. Kol. Kryński okazał preparat raka jelita cienkiego z chorego w klinice chirurgicznej prof. Rydygiera; w przypadku tym wykonano resekcyę części jelita wraz z guzem; w dyskusyi zabierali głos kol. prof. Obaliński i prelegent. Kol. Zoll okazał przyrząd wojenny Hessinga, służący do ustalania na placu boju zranionych kończyn i objaśnił jego użycie. W dyskusyi brali udział kol. prof. Rydygier, prof. Obaliński, Kryński, Rościszewski i prelegent. Kol. prof. Obaliński pokazał maskę Wanschera do narkozy eterowej i omówił obszernie ten sposób usypiania znów coraz bardziej wchodzący w użycie. W dyskusyi przemawiali koll. prof. Rydygier, Wachholz, Sroczyński i prelegent.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego dnia 15. b. m. dokonał prezes, prof. Baranowski uroczystego odsłonięcia portretu sekretarza stałego Towarzystwa, b. dziekana Wydziału lekarskiego prof. Włodzimierza Brodowskiego. Portret ten wykonany przez utalentowanego malarza Badowskiego, postanowiło Towarzystwo lek. warsz. zawiesić w sali obrad, dla uczczenia zasług Szanownego Jubilata z powodu 70-tej rocznicy jego urodzin.

— Otrzymujemy następujące pismo:

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca 1894 r.

Na dwóch posiedzeniach sekcyi higieny i medycyny sądowej stwierdzono potrzebę wzbudzenia interesu dla higieny i higienicznych urządzeń w szerszych kołach społeczeństwa naszego, nietylko przez powołanie kolegów higienę uprawiających, aby przy ich pomocy na podstawie dobranych tematów i dyskusyj nad niemi przyczynić się do wyjaśnienia spraw, publiczne zdrowie obchodzących, ale też i przez zaproszenie do współudziału czynnego w pracy zakreślonej niemniej mężów nielekarzy, o których wiadomo, że czy to z zamiłowania, czy z zawodu swojego na pewnem polu z higieną mają do czynienia — a wreszcie postanowiono zaprosić do udziału w naszych pracach przez wysłanie delegatów Magistraty większych miast naszego kraju, tudzież te instytucye i stowarzyszenia, których cele mają pewną styczność z rozległą dziedziną higieny.

Zgodzono się, iż działanie sekcyi higienicznej i medycyny sądowej winno obejmować kwestye z zakresu całej higieny, policyi lekarskiej, statystyki lekarskiej a wreszcie medycyny sądowej.

Stósownie do wymienionych działów, uchwalono następujące zagadnienia i temata, jako nadające się do referowania na Zjeździe:

Etyologia chorób zakaźnych.

1) Obecny stan nauki o etyologii chorób zakaźnych.

2) Etyologiczne i profilaktyczne doświadczenia o cholerze w ostatnich dwóch latach w naszym kraju. Objął Dr. Krokiewicz, prosektor szpitala krajowego we Lwowie.

Profilaktyka chorób nagminnych.

3) Zapobieganie szerzeniu się kiły w kraju.

4) Jakie zarządzenia sanitarno-policyjne są dla zapobiegania i tłumienia cholery niezbędne?

5) Czy i w jaki sposób istnieje niebezpieczeństwo rozwlekania chorób zakaźnych przez wolny a niedozorowany handel szmatami i starą odzieżą i w danym razie przedstawić zarządzenia zaradcze?

Higiena wieku dziecięcego.

6) Rozpostarcie opieki nad niemowlętami i podrzutkami. Objął Dr. Merczyński, dyrektor szpitala św. Zofii we Lwowie.

Higiena szkolna.

7) Rozpostarcie opieki higienicznej nad młodzieżą szkolną.

8) Jak mają być zbudowane ławki szkolne, aby odpowiadały nietylko ogólnej higienie, ale w szczególności higienie wzroku, jako *prophylacticum* przeciwko wzmaganiu się myopii. Objął Dr. Szpilman, profesor szkoły Weterynaryi we Lwowie.

9) O ile jest szkodliwem pismo ukośne dla prawidłowego rozwoju dziecka w przeciwieństwie do pisma prostopadłego?

10) Higiena szkół publicznych na podstawie czynnego dozoru lekarskiego, zmierzającego przedewszystkiem do przeszkodzenia rozszerzaniu się chorób zakaźnych.

11) Czy istnieje potrzeba udzielania elementarnych zasad higieny w szkołach ludowych i rzemieślniczych i w jakich granicach wskazać się mających przez podanie szkicu nauki? Objął Dr. Pawlikowski, fizyk miasta Lwowa.

Higiena robotników.

12) Czy istniejące przepisy są wystarczające dla zabezpieczenia zdrowia i życia robotników, pracujących przy wznoszeniu budowli?

Higiena artykułów żywienia i napojów.

13) Masło margarynowe porównać co do użyteczności z masłem zwykłem i wykazać tudzież ocenić inne, podobne surogaty?

14) Jakie są sposoby zapobiegania rozszerzaniu fałszowanych artykułów żywności i napojów?

15) Roztrząśnienie projektu do ustawy o fałszowaniu pokarmów i napojów. Objął Dr. Obtułowicz, c. k. lekarz powiatowy we Lwowie.

Higiena miast.

16) Kąpiele ludowe według systemu Dra Lassara, jako przedsiębiorstwo.

17) Jaki jest najtańszy i najskuteczniejszy sposób usuwania śmieci z miast?

18) O nowych urządzeniach rzeźni i targowic wiktuałów, ze stanowiska higienicznego i weterynaryjno-policyjnego. Objął Dr. Szpilman, u. s.

19) Ocenić na podstawie najnowszych badań higieniczne własności wody i wykazać użyteczność różnych filtrów do wody do picia? (Wykład z demonstracyą).

20) Towarzystwo celem budowy tanich pomieszkań i jakie wyniki dotychczas osiągnięto przez przedsiębiorstwa obliczone na zysk?

21) Jaki jest najlepszy i najtańszy sposób niszczenia opatrunków i słomy szpitalnej?

22) Wykazać związek przyczynowy zaopatrywania miast w wodę z pojawianiem się i rozszerzaniem chorób zakaźnych i wysnuć praktyczne rady i wnioski.

23) Jaki jest najodpowiedniejszy w naszym klimacie sposób usuwania odchodów ludzkich z uwzględnieniem czystości wód bieżących. Objął Dr. Opolski, prym. sz. kr. we Lwowie.

Higiena komunikacyi.

24) Znaczenie higieniczne taniej i łatwej komunikacyi w miastach.

Higiena publiczna.

25) Jak najskuteczniej zapobiegać pijaństwu w kraju?

26) System kolonizacyi obok istniejących w kraju zakładów obłąkanych?

27) Z uwagi, że w wielu miejscowościach kraju świerzb u ludzi stale się zagnieżdża i całą ludność jednej miejscowości obejmuje, jakie należy poczynić środki zaradcze wobec tego, że leczenie świerzbowatych w szpitalach nie okazuje się wystarczającem?

28) Wpływ na zdrowie zajęć rozmaitych zawodów umysłowych u kobiet.

Medycyna sądowa.

29) O znaczeniu gonokoków Neusserowskich pod względem sądowo-lekarskim. Objął Dr. Obtułowicz, u. s.

— Dermatologowie angielscy utworzyli nowe stowarzyszenie pod nazwą Towarzystwa dermatologicznego Wielkiej Brytanii i Irlandyi. Prezesem wybrany Pye Smith; wiceprezesami zostali Mac Call Anderson, Hughlings Jackson, Robert Liveing i Samuel Wilks.

— W roku zeszłym założyła Pani Emilia Burzyńska, wdowa po profesorze Uniw. Jagiell., w Krynicy zakład, w którym chorzy prócz należytej opieki lekarskiej i towarzyskiej, znaleźli wszelkie wygody i rozrywki a przedewszystkiem kuchnię higieniczną. Uznanie, jakiem zakład ten cieszył się w roku ubiegłym, jest przyczyną, iż Pani Burzyńska i w roku bieżącym utrzymywać go będzie i dlatego polecamy go uwadze Szanownych kolegów odsyłając Ich zresztą do właściwego ogłoszenia w niniejszem piśmie.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dr. Bazyli Krwawicz, weterynarz powiatowy w Kołomyi w 47. roku życia. — Dr. Jakób Glasgall, lekarz pomocniczy szpitala w Brodach, na dur osutkowy w 34. roku życia.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.